

Qualidade de vida na síndrome de cirurgia lombar falhada

Quality of life in failed back surgery syndrome

Ana Catarina Matias⁽¹⁾ | Filipe Antunes⁽²⁾

Resumo

Objectivos: Avaliação da percepção do estado de saúde e qualidade de vida numa amostra de doentes com síndrome de cirurgia lombar falhada (SCLF) e análise de correlações entre a dimensão dor corporal do SF-36, as restantes dimensões do mesmo instrumento e dados clínicos dos doentes.

Material e métodos: Estudo transversal, com amostra de conveniência constituída por 40 doentes com SCLF seguidos em consulta de MFR, entre janeiro e outubro de 2010. Foram recolhidos dados clínicos e solicitado o autopreenchimento da versão de língua portuguesa do SF-36. Realizada a análise estatística com o programa SPSS 17.0.

Resultados: A média dos valores obtidos nos domínios do SF-36 foi inferior a 50 pontos, excepto no domínio da função social. Verificou-se correlação com significado estatístico entre o domínio dor corporal e os domínios desempenho físico, saúde mental, função social e desempenho emocional, sendo o grau de correlação estatisticamente mais forte nos dois últimos casos. Também se encontrou correlação estatisticamente significativa entre dor corporal e número de cirurgias a que os doentes foram submetidos.

Conclusão: Nesta amostra de doentes com SCLF, as dimensões do SF-36 demonstram valores que traduzem uma percepção de qualidade de vida diminuída. A dor desempenha a placa giratória das restantes dimensões, com óbvias implicações na qualidade de vida destes doentes, o que reforça a importância da descrição da experiência de dor como um processo multifactorial.

Palavras-chave: Síndrome de Cirurgia Lombar Falhada; Dor; Qualidade de vida.

Abstract

Objectives: Assessment of self-perceived health status and quality of life in a sample of patients with failed back surgery syndrome (FBSS) and analysis of correlations between the bodily pain dimension of the SF-36, the remaining dimensions of the same instrument and patients clinical data.

Methods: Cross-sectional study with convenience sampling that included 40 patients with FBSS observed in PMR consultation between January and October 2010. Clinical data were recorded and the Portuguese version of SF-36 was self-administered. SPSS 17.0 was used for statistical analysis.

Results: The mean score in all subscales of the SF-36 was less than 50 points except in social function. There was a significant correlation coefficient between the bodily pain domain and physical functioning, mental health, social functioning and role emotional domains. There was a stronger statistical correlation in the last two cases. There was also a statistically significant correlation between bodily pain and number of surgeries that patients underwent.

Conclusion: This sample of patients with FBSS presented SF-36 results that reflect a self-perception of decreased quality of life. Bodily pain, being related to other dimensions, has obvious implications in the quality of life of these patients, which suggests and reinforces the importance of describing the experience of pain as a multifactorial process.

Keywords: Failed Back Surgery Syndrome; Pain; Quality of life.

(1) Interna de formação específica de Medicina Física e de Reabilitação*

(2) Assistente hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação*

* Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de Braga

E-mail: anacatarinamatias@gmail.com

Data de receção - Maio/2011

Data de aprovação para publicação - Janeiro/2012

Introdução

A dor crónica, entendida como uma síndrome multidimensional muito para além do sinal de alerta da homeostasia corporal, é uma das principais razões, senão a principal, de procura de apoio médico, particularmente no âmbito da Medicina Física e de Reabilitação. Na sua abordagem, devem ser tomados em consideração múltiplos factores precipitantes, cronificadores ou resultantes, nomeadamente físicos, emocionais, culturais e sócio económicos.

A síndrome de cirurgia lombar falhada (SCLF) é uma das mais frequentes entidades nosológicas numa consulta de dor, hoje em dia. Caracteriza-se pela manutenção persistente de queixas algícas lombares e/ou nos membros inferiores em doentes anteriormente submetidos a cirurgia vertebral lombar, com possíveis alterações no exame físico e tradução imagiológica¹⁻⁵. A incidência de SCLF varia consideravelmente em diversos estudos e estão descritos diferentes factores implicados na sua fisiopatologia^{2,3,6}. O tratamento é geralmente difícil e a Medicina Física e de Reabilitação assume um papel importante na sua abordagem, pelo recurso a diferentes meios terapêuticos^{7,8}. Contudo, alguns destes doentes voltam a ser submetidos a cirurgia lombar com resultados díspares^{2,5}.

Na literatura científica médica e particularmente na área da dor, tem-se verificado um interesse crescente pelo conceito *qualidade de vida*. A Organização Mundial de Saúde definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que ele vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”⁹.

O *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) é um instrumento constituído por 11 questões divididas em várias alíneas, traduzido e validado para a língua portuguesa, que preenche critérios rigorosos de fiabilidade e validade¹⁰⁻¹³. Permite medir a percepção do estado de saúde e da qualidade de vida, através da medição de oito dimensões em saúde: função física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental. As quatro primeiras dimensões correspondem ao componente físico, sendo as quatro últimas referentes ao componente mental.

As pontuações por dimensão são apresentadas numa escala de 0 a 100, sendo que 0 (zero) corresponde ao pior estado de saúde e 100 (cem) ao melhor.

Na *função física* pretende-se medir a limitação na execução de actividades físicas, desde as actividades de vida diária mais simples até tarefas mais exigentes. O *desempenho físico* mede a limitação do indivíduo para o trabalho (tipo e intensidade), na dependência da limitação física. A dimensão *dor corporal*

corresponde à intensidade e desconforto causado pela dor, mas também ao modo como esta interfere nas actividades habituais. A *saúde geral* visa obter o conceito de percepção geral da saúde, incluindo não só a saúde atual mas também a resistência à doença e aparência saudável¹⁰⁻¹³.

A *vitalidade* corresponde aos níveis de energia e de fadiga. Na dimensão *função social* pretende-se descrever as actividades sociais, em quantidade e qualidade, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais do indivíduo. O *desempenho emocional* mede a limitação do indivíduo para o trabalho, relacionada com problemas emocionais. Na dimensão *saúde mental* pretende-se avaliar quatro parâmetros: ansiedade, depressão, perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e bem-estar psicológico¹⁰⁻¹³.

Este estudo que agora apresentamos, corresponde à continuação de um outro realizado previamente para caracterizar uma população de doentes com síndrome de cirurgia lombar falhada, verificando-se um aumento da amostra e exposição de dados que ainda não haviam sido apresentados. O enfoque especial reside na qualidade de vida destes doentes, por ser de alguma forma a súmula geral do que se pretendeu avaliar e sobretudo, do que se pretende concluir para propor futuras estratégias de avaliação.

Os objectivos propostos são a avaliação da percepção do estado de saúde e da qualidade de vida numa amostra de doentes com síndrome de cirurgia lombar falhada e análise das correlações e sua significância estatística entre a dimensão *dor corporal* do índice de qualidade de vida SF-36, as restantes dimensões do mesmo instrumento e dados clínicos dos doentes.

Material e Métodos

Estudo transversal, com uma amostra de conveniência constituída pelos doentes seguidos em Consulta de Dor em MFR do Hospital de Braga, entre janeiro e outubro de 2010, com diagnóstico previamente estabelecido de síndrome de cirurgia lombar falhada.

Foram recolhidos dados demográficos e clínicos relativos a cada doente e solicitado, no momento da consulta, o autopreenchimento da versão de língua portuguesa do instrumento de medição SF-36. Foram observados 52 doentes, dos quais 40 acederam ao preenchimento do inquérito, sendo este o número incluído no presente estudo.

Foram calculadas as 8 dimensões do SF-36, tendo sido utilizado o programa de estatística SPSS 17.0 para análise descritiva e de inferência. Aplicaram-se testes não paramétricos (teste de Rho de Spearman) para investigação das correlações e o seu grau de significância estatística entre as variáveis obtidas.

Resultados

Análise descritiva

A amostra (n=40) foi constituída por doentes com idade média de 56 anos (mínimo: 33 anos; máximo: 80 anos), apresentando a maioria (57.5%) idades entre 41 e 60 anos. Onze doentes (27,5%) eram do sexo masculino e 29 do sexo feminino (72,5%).

Relativamente à patologia identificada que motivou a cirurgia lombar, verificou-se que 80% dos doentes apresentava hérnia discal lombar, 10% canal lombar estenótico e 7,5% espondilolistesis. Não foi possível encontrar registos de 1 doente, submetido a cirurgia noutra instituição hospitalar no estrangeiro.

A maioria dos doentes (55%) foi submetida a 1 cirurgia lombar, sendo que 37,5% dos doentes realizou 2 cirurgias. Constatou-se que a percentagem de doentes submetidos a um número maior de cirurgias (3 e 4) foi menor (2,5% e 5%, respectivamente).

As dimensões calculadas para os resultados do SF-36 apresentaram os valores médios, mínimos e máximos que se descrevem de seguida: *função física* 35/100 (mínimo 0; máximo 75), *desempenho físico* 16/100 (mínimo 0; máximo 100), *dor corporal* 27/100 (mínimo 0; máximo 51), *saúde geral* 30/100 (mínimo 0; máximo 82), *vitalidade* 26/100 (mínimo 0; máximo 65), *função social* 53/100 (mínimo 10; máximo 100), *desempenho emocional* 21/100 (mínimo 0; máximo 100), *saúde mental* 36/100 (mínimo 0; máximo 88).

Análise de inferência

Como se pode constatar na tabela 1, observou-se correlação negativa estatisticamente significativa entre a dimensão *dor corporal* do SF-36 e o número de cirurgias a que os doentes foram submetidos ($p < 0.05$). Quanto maior o número de cirurgias, menor a

pontuação na dimensão dor corporal, correspondendo assim a um valor mais significativo de dor, dado ser a pontuação de 100 a percepção do melhor estado de saúde e 0 o inverso.

Foram encontradas correlações com significado estatístico entre as variáveis *dor corporal* e *desempenho físico* e *dor corporal* e *saúde mental* ($p < 0.05$). Também se verificou correlação estatisticamente significativa entre *dor corporal* e *função social* e *dor corporal* e *desempenho emocional* ($p < 0.01$).

Não se encontrou correlação entre a dimensão *dor corporal* e as restantes dimensões do SF-36.

Discussão

Nesta amostra de doentes com síndrome de cirurgia lombar falhada verificou-se que as dimensões em saúde calculadas no SF-36 demonstram valores que traduzem uma percepção de qualidade de vida diminuída.

A dimensão *dor corporal* apresentou o valor máximo mais baixo, demonstrando-se que todos os resultados, em todas as dimensões, se encontram na metade inferior da escala ou muito próximo desta. Estes dados eram expectáveis, uma vez que se trata de uma amostra de doentes com síndrome de cirurgia lombar falhada, caracterizada pela persistência de queixas algícas lombares. Demonstra também a importância da dimensão dor (particularmente na sua vertente crónica) na interferência com as outras dimensões e as consequentes implicações na qualidade de vida destes doentes

O *desempenho físico* (limitação para o trabalho) apresentou um valor médio inferior à *função física* (atividades de vida diária simples e complexas). Estes resultados podem traduzir um impacto social e laboral significativo, uma vez que a maioria dos doentes desta amostra se encontra em idade ativa.

Todas as dimensões do SF-36 apresentaram valores médios baixos, observando-se os piores valores no *desempenho físico* e *desempenho emocional* (limitação para o trabalho na vertente física e emocional). Além deste facto, demonstrou-se a existência de correlação com significado estatístico entre *dor corporal* e *desempenho físico*, não se verificando o mesmo entre *dor corporal* e *função física*. Embora o resultado possa levantar algumas questões hipotéticas de ganho secundário, pela natureza ambiciosa da colheita de dados (consulta de dor hospitalar), não deixa de ser significativo e justificativo o resultado, dado ser expectável um maior grau de exigência física e psicológica na atividade laboral comparativamente às atividades de vida diária simples e complexas. No entanto e no seu conjunto, estes dados, suscitam a hipótese de um papel relevante dos possíveis ganhos secundários na manutenção da dor, descrito por alguns autores¹³.

Tabela 1 - Resultados dos testes estatísticos aplicados (Rho de Spearman) – correlação e significância estatística entre dor corporal e as restantes variáveis descritas na coluna 2. Em destaque, os valores com significância estatística.

		Rho de Spearman	p
Dor corporal	Número de cirurgias	-.326	0.040
	Função física	.281	0.079
	Desempenho físico	.379	0.016
	Saúde geral	.181	0.263
	Vitalidade	.110	0.500
	Função social	.437	0.005
	Desempenho emocional	.418	0.007
	Saúde mental	.393	0.012

Constatou-se um grau de correlação estatisticamente mais forte entre os domínios *dor corporal* e *desempenho emocional* e *dor corporal* e *função social* que entre *dor corporal* e *desempenho físico*, contrário ao que está descrito como sendo frequente nos diferentes estudos de populações a quem foi aplicado o SF-36¹⁴. Geralmente, as dimensões correspondentes ao componente físico estão mais correlacionadas entre si, assim como as dimensões correspondentes ao componente mental¹⁴. Estes resultados poderão demonstrar o impacto da dor crónica nos aspectos relacionados com o componente mental destes doentes, particularmente na forma como percebem emocionalmente a sua dor no desempenho social, o que deve ser tido em consideração na sua avaliação e tratamento. Este facto tem óbvias implicações com o anteriormente descrito, relativamente aos resultados verificados entre *dor corporal* e *função física*. Por outro lado, estes resultados impõem uma outra questão: existirá neste grupo de doentes um substrato mental patológico que possa ser um cronificador de dor?

Particularmente interessante parece ser o resultado obtido na correlação entre dor e número de cirurgias efectuadas. Embora se trate de uma amostra pequena, confirma de alguma forma a percepção que os autores têm da sua prática clínica, que a cirurgia efectuada na tentativa de correção de um quadro doloroso já previamente intervencionado (cirurgicamente) e sem evolução favorável, não tem resultados consistentes e sobretudo duradouros. Esta constatação realça mais uma vez a importância dos aspectos psicológicos de valorização e cronificação da dor, o que está de resto, de acordo com o resultado global do estudo.

Este resultado deve ainda ser analisado com a devida atenção, pois poderá indiciar a inexistência de uma causa anatómica para a manutenção de dor lombar após cirurgia da coluna lombar, ou até estar relacionado com o próprio ato cirúrgico, tal como relatado em vários estudos^{15,16}. O resultado encontrado nesta amostra corrobora a afirmação anterior, uma vez que os doentes submetidos a um maior número de cirurgias apresentaram **piores resultados** na dimensão dor corporal do SF-36.

Conclusões

Estes resultados evidenciam e reforçam a importância da **descrição da experiência de dor no SCLF como um processo multifactorial**. A dor desempenha nesta amostra a placa giratória das restantes dimensões e com óbvias implicações na qualidade de vida destes doentes.

A dor deve ser considerada na sua globalidade, aquando da avaliação e proposta terapêutica a instituir em todos os doentes, nomeadamente nos casos decorrentes da síndrome de cirurgia lombar falhada. Os resultados obtidos nesta amostra evidenciam que os doentes submetidos a cirurgias lombares recorrentes apresentam mais dor. Este dado, na opinião dos autores, deve ser uma chamada de atenção para a necessidade de uma abordagem mais abrangente dos doentes com SCLF, particularmente na sua seleção para o ato cirúrgico. A componente psicológica basal, nomeadamente o nível de expectativa presente, assim como o enquadramento laboral pré-cirúrgico, deverão ser equacionadas *ad initio*, de forma a precaver eventuais resultados menos favoráveis. O estabelecimento definitivo de um diagnóstico mais preciso deverá passar por outras técnicas que não apenas imagiológicas e a proposta terapêutica cirúrgica deverá englobar técnicas preferencialmente menos invasivas. A re-intervenção cirúrgica deverá depender da avaliação individualizada de cada caso clínico, tendo sempre como objectivo final a efetiva melhoria da função e aumento da qualidade de vida do indivíduo.

A dimensão *dor corporal* apresenta correlação significativa com outras dimensões do SF-36. Esta circunstância deve ser tida em conta aquando da avaliação da dor, pelo que preconizamos uma abordagem enfatizada nas repercussões reais da dor na qualidade de vida dos doentes, e não apenas numa mera medição de intensidade da dor. A vertente de priorização funcional na orientação do doente com dor, particularmente nas implicações funcionais físicas e psicológicas que a dor acarreta e na qualidade de vida de quem procura apoio clínico, é fundamental para a compreensão efetiva do problema em si e para a procura de respostas eficazes a propor do ponto de vista terapêutico.

Este estudo apresenta limitações, nomeadamente tratar-se de uma amostra de reduzidas dimensões, não randomizada e não submetida a controlo. Seria importante e interessante uma avaliação desta população de doentes com escalas funcionais, além de escalas de qualidade de vida, de forma a inferir e eventualmente confirmar algumas das considerações descritas. São necessários mais estudos com amostras maiores e outros desenhos para melhor avaliar a qualidade de vida dos doentes com síndrome de cirurgia lombar falhada.

Referências / References:

1. Talbot L. Failed back surgery syndrome. *BMJ*. 2003; 327: 985-987.
2. Rodrigues FF, Dozza DC, Oliveira CR, Castro RG. Failed back surgery syndrome casuistic and etiology. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006; 64 (3-B):757-761
3. Slawsky A, Hennemann SA. Análise retrospectiva das causas de falha no tratamento cirúrgico das doenças da coluna vertebral. *Coluna/Columna*. 2008; 7(3): 235-240
4. García RJ, Gastaldo AS, Campos TI, Sousa CV, Hornero MC, Tirado JA, et al. Factores relacionados con la cirugía fallida de hernia discal lumbar. *Neurocirugía*. 2005; 16: 507-517
5. Thomson S, Jacques L. Demographic characteristics of patients with severe neuropathic pain secondary to failed back surgery syndrome. *Pain Pract*. 2009; 9(3): 206-15.
6. Massie JB, Huang B, Malkmus S, Yaksh TL, Kim CW, Garfin SR, et al. A preclinical post laminectomy rat model mimics the human post laminectomy syndrome. *J Neurosci Methods*. 2004; 137(2): 283-9.
7. Moreira V, Tizon S, Pereira T, Marques I, Antunes F. Hydrotherapy study in patients with "failed back surgery syndrome" - a therapeutic option? *Acta Fisiatr*. 2007; 14(4): 210 – 213
8. Chou R, Baisden J, Carragee EJ, Resnick DK, Shaffer WO, Loeser JD. Surgery for low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society Clinical Practice Guideline. *Spine*. 2009; 34(10): 1094-109.
9. WHOQOL. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). Heidelberg: Springer Verlag; 1994
10. Ferreira PL. A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra; 1998.
11. Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I : adaptação cultural e linguística. *Acta Med Port*. 2000;13: 55-66.
12. Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF- 36. Parte II : testes de validação. *Acta Med Port*. 2000; 13:119-27.
13. Pearce JM. Aspects of the failed back syndrome: role of litigation. *Spinal Cord*. 2000; 38(2):63-70.
14. Ware JE. SF-36® Health Survey Update [consultado em 15/12/2010]. Disponível em <http://www.sf-36.org>
15. Peng B, Wu W, Li Z, Guo J, Wang X. Chemical radiculitis. *Pain*. 2007; 127 (1-2): 11-16
16. Almeida DB, Prandini MN, Awqmura Y, Vitola ML, Simião MP, Milano JB, et al. Outcome following lumbar disc surgery: the role of fibrosis. *Acta Neurochir*. 2008; 150(11): 1167-76.